心理科学进展 2018, Vol. 26, No. 2, 294–305
Advances in Psychological Science DOI: 10.3724/SP.J.1042.2018.00294

# 选择最佳治疗：来访者–治疗方法的匹配*

周社刚 [1,2] 张小远 [1]

([1]南方医科大学公共卫生学院心理学系，广州 510515) ([2]河南师范大学教育学院，新乡 453007)

**摘 要** 来访者–治疗方法匹配认为不同的来访者应选择不同的治疗方法。受循证心理治疗思潮影响，匹配有三种思路：根据来访者问题选择治疗方法，根据来访者社会人口学特征、临床特征、心理特征、文化、偏好等选择治疗方法，依据来访者心理特征选择治疗风格。未来研究需要进一步梳理来访者特征变量间的关系，选择合适的治疗方法评价指标，转换研究范式，将研究和临床实践紧密结合，帮助来访者实现个别化治疗。

**关键词** 治疗选择；来访者–治疗方法匹配；个别化治疗；心理治疗

**分类号** R395

## 1 引言

越来越多的人在治疗精神问题时喜欢选择心理治疗，而非药物治疗(Steidtmann et al., 2012)。然而当前心理治疗方法有 400 多种，每一种方法都有研究证实其有效性。如何选择最佳治疗，实现来访者和治疗方法的匹配成为一个急待解决的实践问题，也引发了研究者的兴趣。实现来访者–治疗方法匹配(client-treatment match)可以减少来访者对治疗师的抱怨(Cummings, O'Donohue, & Cummings, 2009)，降低脱落率，提升治疗效果，降低治疗费用(Beutler, 2009; Curtis, Thompson, Juhnke, & Frick, 2013; Miller, Duncan, Brown, Sorrell, & Chalk, 2006)，避免因治疗不匹配贻误治疗时机，提高心理治疗资源使用效益。

来访者–治疗方法匹配研究与心理治疗效果研究密切相关。Eysenck (1952)曾研究提出来访者的症状改善和心理治疗无关，引发人们对心理治疗效果的关注。大量临床实验被用来检验心理治疗效果(Ollendick, 2014)。研究证实了心理治疗的有效性(Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012)，但在哪种方法效果更好上产生争议。Smith 和 Glass (1977)认为不同方法的效果几乎没有差别，即渡渡鸟效应(Dodo Bird Verdict)。不过，也有研究发现对于特定问题，一些治疗方法比其他方法效果更好。人们对心理治疗效果的关注开始转向何种疗法对某类特殊问题或某类特殊人群更有效，即选择最佳治疗，实现来访者–治疗方法匹配(Ollendick, 2014)。

循证心理治疗的兴起和发展是来访者–治疗方法匹配研究快速发展的学术背景。在循证心理治疗发展的不同阶段，来访者–治疗方法匹配研究表现出不同的特点。循证心理治疗发展早期，美国心理学会临床心理学分会通过了一个有关训练与传播实证有效治疗(empirically supported treatments, EST)的报告，将治疗研究等级分为“制定完善治疗”、“可能有效治疗”和“实验治疗”，鼓励治疗师遵循最为有效的方式进行工作。这一阶段更为关注对于某种心理障碍哪种治疗方法效果更好，一些研究比较了不同治疗方法对同一心理障碍的疗效差异，这形成了选择最佳治疗的第一种思路：特定问题来访者–治疗方法的匹配。

但 EST 过于关注具体的病症，忽视了来访者特征对治疗过程的影响，成为“没有来访者的心理治疗”，引发诸多批评。2005 年，美国心理学会制定了心理学中的循证实践(evidence-based practice in psychology, EBP)政策文件，鼓励治疗师在意识到来访者的特征、文化与偏好的情况下，

收稿日期：2017-02-05

* 国家社科基金重大项目(14ZDB159)，广东省高校人文社科重大攻关项目(2012ZGXM-0006)，广东省科技计划项目(2017A020215067)，南方医科大学科研启动计划项目(C1033393)资助。

通信作者：张小远, E-mail: zhxy@fimmu.com

将最好的研究证据与治疗师的专业技能整合起来, 指导心理治疗的具体实践(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。一些学者研究了来访者特征、文化、偏好对不同方法疗效差异的调节作用, 为选择合适的治疗方法寻找指标, 这形成了选择最佳治疗的第二种思路：不同特征来访者–治疗方法的匹配。

与此同时, 另外一些学者认为上述两种思路无法对所有治疗方法进行比较, 其研究使用的随机临床实验方法不能反映心理治疗过程的特点。受整合主义和折中主义心理治疗思想的影响, 他们提出选择最佳治疗就是要识别不同特征来访者适合的不同治疗风格或治疗策略, 有系统的治疗选择理论(Systematic Treatment Selection, STS)是其典型代表成果(Beutler, Someah, Kimpara, & Miller, 2016)。选择最佳治疗出现了第三种思路：不同特征来访者—治疗风格的匹配。

本文将对这些研究成果进行梳理、讨论, 以期更深入理解心理治疗过程, 对研究心理治疗、选择最佳治疗、提升心理治疗效果提供启发。本文的“来访者”仅限于成年人。

## 2　特定问题来访者–治疗方法的匹配：EST 模式

特定问题来访者–治疗方法的匹配认为不同的心理障碍应该选择不同的治疗方法。相关研究主要通过比较不同治疗方法对同一心理障碍的疗效为选择适宜的治疗方法提供依据。一些研究发现不同治疗方法在抑郁障碍、焦虑障碍、强迫障碍、进食障碍、双相障碍、边缘性人格障碍等心理障碍治疗中疗效存在差异。

抑郁障碍和焦虑障碍发病率高, 造成疾病负担重, 如何选择最佳治疗是研究的热点问题。Tolin (2010)比较了认知行为治疗和人际心理治疗(interpersonal therapy)、心理动力学治疗(psychodynamic therapy)、支持性治疗(supportive therapy)等方法的治疗效果, 发现在抑郁障碍和焦虑障碍治疗中认知行为治疗效果更好。Watts, Turnell, Kladnitski, Newby 和 Andrews (2015)研究发现在抑郁障碍和焦虑障碍治疗中认知行为治疗比常规治疗(treatment-as-usual)效果更好。Johansson, Nybolo, Carlbring, Cuijpers 和 Andersson (2013)研究发现在抑郁障碍治疗中, 网络认知行为自助治疗比网络心理动力学自助治疗长期效果更好。黄慧兰等(2016)研究发现在广泛性焦虑障碍治疗中, 认知行为治疗在改善睡眠方面优于人际心理治疗。

考虑到治疗效果会因为评价指标类型、评价时间的变化而不同, 近年来研究注重从多个方面比较疗效差异。研究发现在广泛性焦虑障碍治疗中, 以汉密尔顿焦虑量表作为疗效测量工具时, 认知行为治疗和短程动力学治疗效果没有差别; 但以状态特质焦虑量表和宾夕法尼亚州立大学担忧问卷来反映治疗效果时, 认知行为治疗效果更好(Leichsenring et al., 2009); 治疗终止 12 个月的追踪研究结论与此一致(Salzer, Winkelbach, Leweke, Leibing, & Leichsenring, 2011)。在社交焦虑障碍治疗中, 以缓解率和社交恐惧、人际问题等次要疗效为评价标准, 认知行为治疗效果显著好于心理动力学治疗; 在治疗反应率方面两种方法没有差别(Leichsenring et al., 2013); 治疗结束 6 个月、12 个月、24 个月跟踪评估发现, 二者疗效没有差别(Leichsenring et al., 2014); 但从长期成本效益分析来看, 认知行为治疗效益更高一些(Egger et al., 2015, 2016)。Richards 等(2016)比较了抑郁障碍治疗中行为激活治疗(behavioural activation therapy)和认知行为治疗的效果, 发现二者疗效没有显著差异, 但行为激活治疗组花费更低, 质量调整生命年更佳, 综合性价比更高。Julien 和 O’Connor (2016)对认知行为治疗和短程动力学治疗的效果进行了系统回顾, 发现在焦虑障碍治疗中, 治疗终止时认知行为治疗相对有小到中等程度的优势, 从长期效果来看, 认知行为治疗相对有微弱到中等程度的优势; 在抑郁障碍治疗中, 治疗终止时认知行为治疗相对有微弱到较小程度的优势, 从长期效果来看, 短程动力学治疗相对有微弱到中等程度的优势。总体来看, 在抑郁障碍和焦虑障碍治疗中, 疗法选择需要考虑治疗时程、效果评价指标、治疗综合效益等, 一般认为认知行为治疗是首选方法, 尤其是在短程治疗中。

强迫障碍是一种多维度、多因素精神障碍, 经常需要心理治疗。中华医学会推出的临床指南将暴露和反应预防(exposure and response prevention)、认知行为治疗作为一线疗法推荐(闫俊等, 2014)。对强迫障碍心理治疗研究的系统回顾支持这一结论, 回顾发现暴露和反应预防、认知行为治疗是首选方法, 单纯的认知干预、接纳与承诺治疗

(acceptance and commitment therapy)、眼动脱敏(eye movement desensitization)、动机性访谈(motivational interviewing)以及厌恶疗法(satiation therapy)可能有效, 但支持压力管理和心理动力学治疗的证据很少(Ponniah, Magiati, & Hollon, 2013)。

进食障碍以进食行为异常为显著特征, 心理治疗是其常用治疗方法。Agras, Walsh, Fairburn, Wilson 和 Kraemer (2000)比较了认知行为治疗和人际心理治疗效果差异, 发现在治疗结束时认知行为治疗效果更好, 但 1 年后的跟踪研究发现二者没有疗效差异。Fairburn 等(2015)比较跨诊断认知行为治疗(transdiagnostic form of cognitive behaviour therapy)和人际心理治疗效果, 发现前者效果更好。Cuijpers, Donker, Weissman, Ravitz 和 Crestea (2016)对人际心理治疗效果的系统分析发现, 在进食障碍急性期认知行为治疗比人际心理治疗效果更好。总体来看, 认知行为治疗比人际心理治疗起效快, 澳大利亚与新西兰皇家精神科医师学会(RANZCP)关于进食障碍的治疗指南也推荐使用认知行为治疗(Hay et al., 2014)。

双相障碍是一种严重精神疾病, 心理治疗可以提高疗效, 降低复发风险。心理教育、认知行为治疗、人际社会治疗以及家庭治疗对预防复发都有积极作用。Parikh 等(2012)比较了认知行为治疗与团体心理教育的治疗效果, 发现二者效果相当, 但认知行为治疗用时更长并只针对个体, 效率不高, 团体心理教育更受欢迎。英国精神药理协会(BAP)发布的双相情感障碍治疗指南也将心理教育作为高支持证据的方法进行推荐(Goodwin, 2009)。团体心理教育辅助治疗双相障碍的治疗效益更高。

边缘性人格障碍常表现出情绪、行为和人际交往等方面的不稳定, 是一种复杂难治的人格障碍。结构化心理治疗是边缘性人格障碍治疗常用方法。Stoffers-Winterling 等(2012)对边缘性人格障碍的心理治疗研究进行系统回顾, 纳入研究包括直接比较辩证行为治疗(dialectical behaviour therapy)与来访者中心疗法(client-centered therapy)、图式聚焦治疗(schema-focused therapy)与移情焦点治疗(transference-focused therapy)、认知治疗与人际心理治疗、认知治疗与来访者中心疗法的效果差异, 结果发现辩证行为治疗比来访者中心疗法效果好, 图式聚焦治疗比移情焦点治疗效果好。

从近几年发展趋势来看, 特定问题来访者−治疗方法匹配研究涵盖的心理障碍和治疗方法类别越来越多, 为治疗师和来访者提供了更多选择。匹配治疗的效果评价更加全面, 包括了不同时间点、不同评价指标之间的比较, 对临床实践能提供更多指导。但治疗方法越来越多, 该类研究不能对所有方法进行一一比较。同一心理障碍的来访者特征、文化、偏好各不相同, 以特定问题为依据选择治疗方法, 忽视了这些来访者特征对治疗的影响, 成了“没有来访者的治疗研究”。现有研究只关注治疗结果, 缺乏对治疗过程、改变机制的探讨, 不同治疗方法“发挥治疗作用”的机制差异尚不清楚, 依据心理障碍选择治疗方法的原因不明确。

## 3 不同特征来访者−治疗方法匹配：EBP 模式

不同特征来访者−治疗方法匹配认为来访者特征、文化、偏好会对治疗过程和结果产生重要影响, 是选择治疗方法的重要参考因素。研究通过识别调节治疗效果的来访者特征、文化背景因素以及治疗偏好, 为选择最佳治疗方法提供依据。这些依据主要包括来访者社会人口学特征、临床特征、心理特征、文化背景以及偏好等。

### 3.1 来访者社会人口学特征

来访者社会人口学特征一直被认为是影响治疗方法选择的潜在调节变量, 研究发现婚姻状态、年龄、照顾抑郁病人时间长短不同的来访者需要选择不同的治疗方法。Sotsky 等(1991)发现在认知疗法中, 已婚人群反映更好, 而在人际心理治疗中, 离婚或分居人群反映更好。Barber 和 Muenz (1996)在抑郁障碍治疗中也发现, 对于已婚来访者, 认知疗法更有效, 而对未婚来访者, 人际心理治疗效果更好。这可能因为婚姻状态反映了亲密关系建立情况, 而人际心理治疗将人际关系改善作为治疗重点, 对于离婚、分居或未婚来访者可能更为匹配。

年龄是另一个受到关注的社会人口学特征。Donker 等(2013)在抑郁障碍治疗中发现, 年轻人用网络人际心理治疗效果更好, 年龄大的来访者用网络认知行为治疗效果更好。可能原因是年轻

人更喜欢利用网络进行社交生活和学习，网络人际心理治疗更能发挥这一优势。

除此之外，Gallagher-Thompson 和 Steffen (1994)研究发现，对于曾经照顾过家庭中其他抑郁障碍病人的来访者而言，作为照顾者的时间长短会影响治疗选择，对担任照顾者时间长于 3.5 年的抑郁症来访者，认知行为疗法比短程心理动力学治疗效果更好，而担任照顾者时间稍短一些的来访者，短程心理动力学治疗效果更好。

总体来看，影响治疗选择的来访者社会人口学特征并不很多，现有几个特征如婚姻状态、年龄、照顾抑郁病人时间等只影响了特定治疗方法的选择，而且局限于抑郁障碍研究领域，不过如果它们的作用能够得到进一步证实，将会为治疗选择提供简单明了的指标。社会人口学特征并不直接影响疗法选择，它们作用的中介变量或机制尚不清楚，未来需要进一步探索。

### 3.2　临床特征

影响治疗匹配的临床特征主要是病程和共病情况。Driessen 等(2016)研究发现抑郁障碍治疗中，病程大于 1 年的来访者，心理动力学治疗效果更好，病程小于 1 年的来访者，认知行为治疗效果更好。可能原因是病程越长，心理问题可能与人格关系更密切，心理动力学治疗更擅长解决此类问题。

在共病方面，共病焦虑和共病人格障碍影响疗法选择。Barber 和 Muenz 早先研究发现，强迫型人格的抑郁障碍来访者更适合人际心理治疗，而回避型人格的来访者更适合认知疗法。后来研究证实在抑郁障碍治疗中，共病人格障碍的来访者对认知行为治疗的反应比对人际心理治疗的反应更好(Carter et al., 2011)。新近研究发现在抑郁障碍治疗中，共病强迫型人格障碍或回避型人格障碍并不影响认知行为治疗和短程动力支持性心理治疗(short-term psychodynamic supportive therapy)的效果，研究据此认为 Barber 和 Muenz 的研究并未得到复制(Kikkert et al., 2016)。这可能说明临床特征对治疗方法选择的影响具有特异性，影响认知行为治疗和人际心理治疗选择的因素，不一定影响认知行为治疗和短程动力支持性心理治疗的选择。

根据临床经验，病程或共病情况确实影响治疗选择。很多心理障碍治疗指南也指出治疗决策要考虑到病程或共病情况。但现有研究还处于探索时期，未能确定病程或共病影响哪些疗法选择，影响的具体机制如何，这些临床特征对来访者心理特征有什么影响，未来研究需要对这些问题进行进一步探索。

### 3.3　来访者依恋模式及其他心理特征

影响治疗方法选择的来访者心理特征较多，依恋模式、焦虑程度、自尊等都影响不同治疗方法的效果，一些学者还综合各种心理特征初步提出了疗法选择的模型。

依恋是个体与他人建立的一种牢固的深层次情感连接，对心理健康状况有重要影响。依恋模式不同，在心理治疗中有不同的行为表现，可能需要匹配不同的治疗方法。Mcbride, Atkinson, Quilty 和 Bagby (2006)发现依恋回避高的抑郁障碍来访者，认知行为治疗比人际心理治疗效果好。但新近研究并没有复制这一研究结果(Bernecker et al., 2016)，需要更多研究对此进行验证。Newman, Castonguay, Jacobson 和 Moore (2015)比较了认知行为治疗加人际情绪治疗(interpersonal and emotional processing therapy)与认知行为治疗加支持性倾听治疗焦虑障碍的效果，发现依恋回避高，接受认知行为治疗加人际情绪治疗效果更好，依恋焦虑高，接受认知行为治疗加人际情绪治疗效果更差，但二者都不能预测认知行为治疗加支持性倾听的治疗效果。

依恋模式也影响不同团体治疗的效果。Tasca 等(2006)发现，对女性进食障碍者而言，高依恋焦虑来访者参加动力性人际团体治疗(group psychodynamic interpersonal psychotherapy)效果更好，低依恋焦虑来访者参加认知行为团体治疗效果更好；高依恋回避来访者在认知行为团体治疗中脱落率更高。进一步研究考察了动力性人际团体治疗对依恋模式相同的女性进食障碍者的治疗效果，结果发现依恋焦虑并没有调节治疗效果，但依恋焦虑高能提升团体同盟(Tasca et al., 2013)。这可能源于依恋模式相同者组成的团体在团体动力方面会发生更多变化，团体治疗方面的来访者—治疗方法匹配更为复杂。

此外，Driessen 等还发现焦虑程度低的抑郁障碍来访者使用短程动力支持性治疗比认知行为治疗效果更好。Cooper 等(2016)发现低自尊的进食障碍来访者使用认知行为治疗比人际心理治疗效

果更好。Huibers等(2015)对抑郁障碍治疗中的疗法选择问题进行了系统研究。他们发现有认知问题(cognitive problems)的来访者接受人际心理治疗效果更好，而躯体主诉(somatic complaints)、偏执症状(paranoid symptoms)、人际自我牺牲(interpersonal self-sacrificing)、聚焦成就的归因方式(attributional style focused on achievement goals)以及过去一年生活事件数多则预示对认知治疗反应更好，研究将这6个调节因素和一些预后因素结合，形成可以选择认知治疗或人际心理治疗的模型。

总体来看，许多来访者心理特征对疗法选择会产生影响，但一些研究结论不一致，需要进一步验证。另外，学者在研究过程中多提出自己关注的心理特征，不同心理特征关系如何、是否相互影响尚不清楚，需要进一步厘清。抑郁障碍治疗中认知治疗和人际心理治疗选择模型的提出，是选择最佳治疗的一次积极尝试，但模型临床预测效果需要进一步证实，模型是否需要纳入新的来访者特征变量也需要进一步研究。

### 3.4 文化

文化背景不同的来访者，心理特征不同，匹配的心理治疗方法也不同。西方文化强调个人本位，表达更直接，东方文化强调集体本位，重人伦、权威、“脸面”，表达更含蓄。东西方文化差异对疗法选择产生影响。同美国学生相比，亚洲国际生在咨询中自我暴露更少，更偏好指导风格的咨询和弹性的咨询设置(Yoon & Jepsen, 2008)。对亚裔美国人来说，来访者和咨询师的性别一致会使得有关个人性生活的自我暴露变得容易，对面子的关注会影响有关私人习惯、性生活、亲密关系以及个人价值和感受的自我暴露(Zane & Ku, 2014)。这些差异可能源于不同文化造就不同的自我建构方式，Bellon (2010)发现在集体主义文化中建构自我的来访者对个体主义式治疗(individualistic therapy approaches)偏好更弱，但文化适应能调节治疗偏好，越适应美国文化越偏好个体主义式治疗。

文化会对心理治疗产生重要影响已成为学界共识，心理治疗本土化发展对这一现象进行了积极回应。现有研究多集中于对一些心理特征的跨文化比较，未能和心理治疗过程紧密结合，未来研究需要进一步关注不同文化背景下来访者临床特征、心理特征、心理治疗偏好等方面的差异及这些差异对治疗过程的影响，从而为不同文化背景来访者的治疗选择提供更多指导。

### 3.5 偏好

偏好指来访者希望心理治疗或治疗师应有的行为或特征，来访者对治疗方法的偏好是研究的重要内容。一般认为偏好−治疗一致会提升治疗效果，减少脱落率(Devine & Fernald, 1973; Elkin et al., 1999)。近来研究发现，即使考虑到潜在调节变量，偏好和治疗一致依然有更好的治疗反应。Swift, Callahan, Ivanovic和Kominiak (2013)发现，无论年龄、性别、种族、教育水平、婚姻状态，偏好与治疗一致显示出更好的治疗效果和更少的过早脱落。Lindhiem, Bennett, Trentacosta和McLear (2014)发现，即使考虑到研究设计、心理教育形式、治疗环境、诊断类别和研究被试的随机化情况等潜在调节变量，治疗偏好仍影响治疗满意度、治疗完成和治疗效果。也有研究表明偏好可能具有一定的可塑性，Goates-Jones和Hill(2008)发现治疗与偏好的匹配没有导致更好的治疗效果，但是与接受了偏好治疗的来访者相比，接受了非偏好治疗的来访者在偏好上发生了更大转变。

来访者对心理治疗方法的偏好会受心理障碍类型的影响。抑郁障碍来访者偏好的心理治疗方法依次是支持性心理治疗、心理动力学治疗和认知行为治疗(Yrondi, Rieu, Massip, Bongard, & Schmitt, 2015)，强迫障碍来访者最偏好的心理治疗方法是暴露和反应预防治疗，在各种新出现治疗方法中，接纳和承诺治疗最受认可(Patel, Galfavy, Kimeldorf, Dixon, & Simpson, 2017)，而对慢性创伤后应激障碍来访者而言，相比延长暴露治疗(prolonged exposure)和放松治疗(relaxation therapy)，人际心理治疗更受偏好(Markowitz et al., 2016)。偏好还会受到来访者性别、年龄、文化背景、既往病史、经济收入、私人保险、治疗经历、病因信念(etiological beliefs)等因素影响(Patel et al., 2017; Tompkins, Swift, Rousmaniere, & Whipple, 2017; Winter & Barber, 2013)。对来访者偏好的评估，需要综合考虑这些因素的影响。

此外，对偏好的测量也受到研究关注。早期研究多通过提供不同治疗方法的文字资料或视频资料，让来访者依据偏好做出评定或选择。这种评定不能反映来访者偏好的强度，也无法反映整合主义或折中主义取向心理治疗的特点(Cooper

& Norcross, 2016)，一些研究者编制了来访者心理治疗风格偏好量表来解决这些矛盾，如大学生心理咨询偏好调查(Preference for College Counselling Inventory, PCCI) (Hatchett, 2015)、个体化治疗量表(Therapy Personalisation Form, TPF) (Bowens & Cooper, 2012)、偏好调查(The Cooper-Norcross Inventory of Preferences) (Cooper & Norcross, 2016)等。这些量表的编制为偏好研究提供了工具，但临床应用还处于探索阶段。

无论偏好是否在治疗过程中发生改变，对来访者治疗偏好的了解都有利于制定治疗方案和形成治疗决策。临床实践中，了解来访者治疗偏好对治疗顺利进行、形成工作同盟都有积极意义。现有研究对偏好影响治疗的机制已经开始了初步探索，未来研究需要进一步关注偏好改变的影响因素以及偏好影响治疗的作用机制。

## 4　不同特征来访者–治疗风格匹配研究

Beutler 及其同事也认为没有一种治疗方法对所有来访者有效，不同的来访者需要不同的治疗方法。他们在实证研究的基础上提出影响治疗改变的来访者特征、治疗风格及其匹配原则，用来指导临床决策形成治疗方案(Nguyen, Bertoni, Charvat, Gheytanchi, & Beutler, 2007)。来访者特征主要是与治疗效果紧密相关，并且反映了不同治疗风格治疗效果的来访者变量。治疗风格，又被称为治疗策略、治疗特点，是由一组干预方法不同但目的、特征却很相似的治疗技术组成，具有跨流派的特征。不同特征的来访者，需要匹配不同的治疗风格。

来访者特征和治疗风格的匹配主要包括 3 组原则。(1)来访者的主观性痛苦(subjective distress)和治疗的焦点之间的匹配。主观性痛苦高应选择以降低痛苦为焦点的治疗方法，主观性痛苦低应选择以加强情绪表达为焦点的治疗方法。(2)来访者的应对方式(coping style)和治疗目标之间的匹配。应对方式反映了个体面对问题情境或新情景时惯常的行为模式和反应状态，可分为外化应对方式和内化应对方式。外化应对方式的来访者，常见特征是冲动、行动或任务导向、好社交、有攻击性、寻求刺激、缺乏内省，选择以症状为焦点的治疗效果更好。内化应对方式的来访者，常见特征是害羞、不爱交际、自我批评、退缩、拘束、过分控制、自我反思、担心、压抑，选择以领悟为焦点的治疗效果更好。(3)来访者的阻抗(resistance)水平与治疗师指导性水平的匹配。阻抗指来访者对合作和改变的拒绝，是一种主动反对治疗师的行为方式。高阻抗来访者用非指导治疗效果更好，而低阻抗来访者用指导治疗效果更好(Beutler, Forrester, Holt, & Stein, 2013; Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson, & Tomlins, 2012; Levy, 2012; Nguyen et al., 2007)。研究证实这些原则既能预测治疗结果，也与治疗联盟显著相关(Beutler & Forrester, 2014)，还可以作为提升心理治疗督导效果的有效工具(Holt et al., 2015)。

Beutler 及其同事最终研究提出了一系列指导临床决策的原则，构建了来访者特征、治疗风格、治疗设置等匹配关系，形成有系统的治疗选择理论。心理治疗本质是来访者和治疗师心理治疗行为的双向互动，研究将来访者特征和治疗风格匹配作为切入点，更好反映了心理治疗这一双向互动特征，弥补了以往心理治疗研究只看见心理障碍而没有来访者和治疗师的不足。研究总结了临床实验研究的不足，利用能力倾向–教学措施交互作用(aptitude treatment interaction, ATI)这一研究范式进行匹配研究，实现了研究范式的创新。研究将实证研究和临床实践结合起来，开发了评估来访者特征、治疗风格的工具，对后续研究和临床行为具有较强指导意义。不过，研究认为可用来访者特征–治疗风格匹配原则指导临床决策，亦即认为心理治疗师可以灵活改变治疗风格。但现有研究指出治疗师的认识论、治疗风格、治疗技术和治疗同盟密切相关(Lee, Neimeyer, & Rice, 2013)。现实中也可以观察到，一般的治疗师呈现出特定的治疗风格，对治疗技术的使用表现出一定的偏好，治疗风格似乎更为“恒定”。可能存在一种情况，与其让治疗师根据来访者特征灵活调整治疗风格，不如为不同特征的来访者选择拥有合适治疗风格的治疗师。未来研究需要清晰界定治疗风格的内涵外延，进一步探讨来访者特征、文化、偏好与治疗风格的匹配对治疗过程和结果的影响。

## 5　讨论与展望

进行来访者–治疗方法匹配，选择最佳治疗，不仅关注心理障碍的症状表现，还要考察来访者

社会人口学特征、临床特征、心理特征对治疗的影响，更全面反映了心理治疗的实际过程，是个别化治疗(personalized medicine)的必然要求，对我国当前心理治疗研究和实践有重要借鉴意义。

我国成人精神疾病总患病率为 17.5% (Phillips et al., 2009)，精神疾病在疾病总负担中排首位(World Health Organization, 2008)，防治形势不容乐观。当前精神卫生事业正处于快速发展时期，从事心理咨询与治疗的人数逐步上升，各种治疗方法的培训和推广不断增加。面对众多治疗方法，治疗师和来访者都面临如何选择最佳治疗的难题。然而，我国心理治疗研究尚处于初步发展阶段，关于治疗过程与效果的实证研究较少，少量研究对不同治疗方法的效果差异进行了比较(管琳, 李双, 2016; 黄慧兰等, 2016)，个别研究对治疗方法选择中的基本问题进行了理论探讨(杨文登, 李抗, 2016)。关于治疗方法选择的实证研究不仅数量极少，而且多隶属于不同问题来访者–治疗方法匹配的研究思路，缺乏不同特征来访者–治疗方法匹配研究和不同特征来访者–治疗风格匹配研究。由于缺乏科学研究的指导，现实实践中的治疗方法选择多凭经验判断，缺乏科学依据，“一种疗法、包治百病”现象时有发生，导致来访者找不到合适的治疗师，容易贻误治疗时机，影响治疗效果，甚至造成医源性伤害，而治疗师又遇不到合适的来访者，造成治疗资源浪费，降低了治疗综合效益。开展来访者–治疗方法匹配研究，可以为我国心理治疗研究提供新的视角和范式，有利于深刻理解来访者因素、文化因素对治疗过程的影响，从而提出适合中国来访者特点的心理治疗方法。开展相关研究还可以为选择最佳治疗提供一定理论支撑，当前电子健康(e-health)快速发展，信息技术广泛应用于心理治疗领域，以网络心理治疗为代表的心理健康服务兴起，这使得跨地域寻找最适宜的心理治疗资源成为可能，来访者–治疗方法匹配研究可以为这一新心理健康服务模式的实现奠定理论基础，帮助来访者和治疗师选择适宜的治疗方法，使得心理治疗资源使用效益最大化。

在具体研究方面，现有研究取得了一定成果，但在研究变量、研究方法、研究结论的传播和执行等多方面也面临诸多挑战，未来研究需要进一步厘清各研究变量间的关系，完善研究范式，研究也需要和临床实践紧密结合。

### 5.1 进一步梳理变量之间的关系

来访者–治疗方法的匹配将来访者特征和治疗方法均作为影响治疗效果的重要因素，更好揭示了心理治疗过程的实质。研究中选择合适的来访者特征和治疗方法变量至关重要。首先，影响治疗效果的来访者特征较多，这些特征既与治疗方法相互作用，彼此之间也相互影响，如偏好和人格密切相关(Hinrichs, 2012)，不同的来访者特征在治疗过程中的作用机制也较为复杂，如偏好影响治疗选择，但也有较强可塑性。未来研究需要进一步梳理不同特征之间、特征与治疗过程之间的关系及其对治疗结果贡献比重，尤其需要研究这些特征影响治疗过程的机制，以深入了解治疗过程，指导治疗选择。

其次，治疗方法日益增多，只有对各种治疗方法有统一的评价指标，才能更好研究与治疗方法匹配的来访者特征。同时，越来越多的治疗师趋向于整合主义，来访者–治疗方法的匹配需要更好反映治疗方法的“多元化”和“灵活性”，选择更能体现治疗师的理论趋向、人格特征、治疗技术的变量概念才能解决这些问题。不同特征来访者–治疗风格匹配从治疗风格概念入手，开创了不同的思路，现有研究也发现治疗师表现出特定的治疗风格，来访者也对治疗风格表现出不同的偏好(Cooper & Norcross, 2016)。未来研究可以进一步探索治疗风格究竟更为“固定”还是更为“灵活”，以及治疗风格对治疗匹配和治疗决策产生的影响，或许可以为治疗选择提供更多有意义的帮助。

### 5.2 进一步完善研究范式

当前来访者特征–治疗方法的匹配主要包括以下几种研究范式。传统研究采用随机临床实验检验两种或几种治疗方法效果差异及调节因素。随机临床实验证实了心理治疗比不治疗对心理健康更为有益，但用于治疗匹配研究却有明显局限(Beutler & Forrester, 2014)。主要表现为：无法随机化来访者特征变量、无法实现双盲、无法保证相同症状的来访者其他变量相似、在众多治疗方法中比较最优方法效率不高、研究结论无法在现实中推广等(Beutler et al., 2016)。探索性研究范式是一种产生假设(hypothesis-generating)研究，它在随机临床实验后进行归因(post-hoc analyses)分

析，找出可能影响治疗效果的来访者特征变量，为匹配治疗提供线索，但要求收集更为广泛的来访者特征信息，也不能直接证明来访者特征变量对治疗过程的影响。匹配研究需要凸显匹配的作用，证实来访者与治疗方法的匹配是导致治疗改变的重要因素，但前面两种方法不能体现出匹配对治疗结果的影响，一些学者借用其他学科研究方法进行匹配研究，获得较好效果。如社会关系模型(social relations model, SRM)和能力倾向–教学措施交互作用模型。社会关系模型用于人际知觉研究，将人际互动关系分为行为者效应、目标效应和关系效应，与心理治疗有相似之处，更能体现匹配治疗的效果(Lakey & Ondersma, 2008)，但它无法进行长程治疗研究，研究设计也较复杂。能力倾向–教学措施交互作用模型能较好反映学生特征和教学方法的交互作用，这同匹配治疗极为相似，系统治疗选择模型采用此范式证实了匹配治疗对治疗改变有重要影响(Beutler et al., 2016)，但对该范式的使用尚处于初步探索阶段。不同的研究范式适合不同的研究条件，未来需要对匹配治疗的研究方法进行创新，根据研究内容选择恰当的研究方法。

### 5.3　进一步结合临床实践

来访者–治疗方法匹配研究兴起的背景与循证心理治疗思想的发展密不可分。循证心理治疗旨在将最好的、可供使用的研究证据与治疗者的专业技能整合起来，指导心理治疗具体实践。循证心理治疗的实施需要研究者、治疗师的密切协作(杨文登，宋艳，王孟成, 2016)。当前来访者–治疗方法匹配研究对来访者因素和治疗方法因素非常重视，但未能与心理治疗师临床实践中的经验对接，一些临床经验中重视的因素未能进入研究者视野。在临床工作中，一些得到循证支持的研究结论未能在临床实践中广泛传播和运用，更多心理治疗还采用“一种疗法，包治百病”的传统模式。未来需要加强研究工作和治疗实践的结合，鼓励研究人员和心理治疗师全方位对话，对相关研究成果推广的影响因素和具体方法进行探索，帮助来访者和治疗师选择最佳治疗。

## 参考文献


管琳，李双. (2016). 人际心理治疗与认知行为治疗对躯体形式障碍的疗效分析. *医学与哲学, 37*(4), 36–37.

黄慧兰，刘新民，王瑞权，吴义高，江芹，金明琦. (2016). 人际心理治疗与认知行为治疗对广泛性焦虑障碍治疗效果的对照研究. *中国健康心理学杂志, 24*(2), 186–189.

杨文登，李抗. (2016). 心理治疗方法选择的四个基本问题. *心理学探新, 36*(6), 568–573.

闫俊，李凌江，季建林，司天梅，魏镜，郑毅 …于欣. (2014). 强迫障碍诊疗概要. *中国心理卫生杂志, 28*(4), 308–320.

杨文登，宋艳，王孟成. (2016). 如何实施循证心理治疗：以美国循证项目与实践注册系统为例. *中国临床心理学杂志, 24*(6), 1154–1156.

Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 57*(5), 459–466.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285.

Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 64*(5), 951–958.

Bellon, K. K. (2010). *Individualism-collectivism, ethnicity, and therapy preference* (Unpublished doctorial dissertation). Fielding Graduate University, California.

Bernecker, S. L., Constantino, M. J., Atkinson, L. R., Bagby, R. M., Ravitz, P., & McBride, C. (2016). Attachment style as a moderating influence on the efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal psychotherapy for depression: A failure to replicate. *Psychotherapy, 53*(1), 22–33.

Beutler, L. E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science & Practice, 16*(3), 301–317.

Beutler, L. E., & Forrester, B. (2014). What needs to change: Moving from “research informed” practice to “empirically effective” practice. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*(3), 168–177.

Beutler, L. E., Forrester, B., Holt, H., & Stein, M. (2013). Common, specific, and cross-cutting psychotherapy interventions. *Psychotherapy, 50*(3), 298–301.

Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration, 22*(3), 255–281.

Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology,*

*16*(1), 99–108.

Bowens, M., & Cooper, M. (2012). Development of a client feedback tool: A qualitative study of therapists' experiences of using the therapy personalisation forms. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 14*(1), 47–62.

Carter, J. D., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Mulder, R. T., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2011). Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression. *Journal of Affective Disorders, 128*(3), 252–261.

Cooper, M., & Norcross, J. C. (2016). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross inventory of preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical & Health Psychology, 16*(1), 87–98.

Cooper, Z., Allen, E., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Fairburna, C. G. (2016). Predictors and moderators of response to enhanced cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of eating disorders. *Behaviour Research & Therapy, 84*, 9–13.

Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 173*(7), 680–687.

Cummings, N. A., O'Donohue, W. T., & Cummings, J. L. (2009). The financial dimension of integrated behavioral/ primary care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 16*(1), 31–39.

Curtis, R., Thompson, H., Juhnke, G. A., & Frick, M. H. (2013). Treatment fit: A description and demonstration via video of a brief and functional treatment fit model. *The Professional Counselor, 3*(3), 141–151.

Devine, D. A., & Fernald, P. S. (1973). Outcome effects of receiving a preferred, randomly assigned, or nonpreferred therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 41*(1), 104–107.

Donker, T., Batterham, P. J., Warmerdam, L., Bennett, K., Bennett, A., Cuijpers, P., … Christensen, H. (2013). Predictors and moderators of response to internet-delivered interpersonal psychotherapy and cognitive behavior therapy for depression. *Journal of Affective Disorders, 151*(1), 343–351.

Driessen, E., Smits, N., Dekker, J. J. M., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., … Van, H. L. (2016). Differential efficacy of cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression: A study of prescriptive factors. *Psychological Medicine, 46*(4), 731–744.

Egger, N., Konnopka, A., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., … König, H.-H. (2015). Short-term cost-effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: Results from the sopho-net trial. *Journal of Affective Disorders, 180*, 21–28.

Egger, N., Konnopka, A., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., … König, H.-H. (2016). Long-term cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy versus psychodynamic therapy in social anxiety disorder. *Depression & Anxiety, 33*, 1114–1122.

Elkin, I., Yamaguchi, J., Arnkoff, D., Glass, C., Sotsky, S., & Krupnick, J. (1999). "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research, 9*(4), 437–451.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*(5), 319–324.

Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., … Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research & Therapy, 70*, 64–71.

Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 62*(3), 543–549.

Goates-Jones, M., & Hill, C. E. (2008). Treatment preference, treatment-preference match, and psychotherapist credibility: Influence on session outcome and preference shift. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(1), 61–74.

Goodwin, G. M. (2009). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised second edition--recommendations from the British association for psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology, 23*(4), 346–388.

Hatchett, G. T. (2015). Development of the preferences for college counseling inventory. *Journal of College Counseling, 18*(1), 37–48.

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., … Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(11), 977–1008.

Hinrichs, J. C. (2012). *The relationship between personality and treatment preference* (Unpublished doctorial dissertation). Saint Louis University, Missouri.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., &

Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427–440.

Holt, H., Beutler, L. E., Kimpara, S., Macias, S., Haug, N. A., Shiloff, N., … Stein, M. (2015). Evidence-based supervision: Tracking outcome and teaching principles of change in clinical supervision to bring science to integrative practice. *Psychotherapy, 52*(2), 185–189.

Huibers, M. J. H., Cohen, Z. D., Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., & DeRubeis, R. J. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index approach. *PLoS One, 10*(11), e0140771.

Johansson, R., Nyblom, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Choosing between internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral therapy for depression: A pilot preference study. *BMC Psychiatry, 13*(1), 268–277.

Julien, D., & O'Connor, K. (2016). Comparing treatment efficacy of cognitive-behavior therapy and short-term dynamic psychotherapy in high-quality studies: A systematic review and effect size approach. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry, 5*(4), 00293.

Kikkert, M. J., Driessen, E., Peen, J., Barber, J. P., Bockting, C., Schalkwijk, F., … Dekker, J. J. M. (2016). The role of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits in matching patients with major depression to cognitive behavioral and psychodynamic therapy: A replication study. *Journal of Affective Disorders, 205*, 400–405.

Lakey, B., & Ondersma, S. J. (2008). A new approach for detecting client–treatment matching in psychological therapy. *Journal of Social & Clinical Psychology, 27*(1), 56–69.

Lee, J. A., Neimeyer, G. J., & Rice, K. G. (2013). The relationship between therapist epistemology, therapy style, working alliance, and interventions use. *American Journal of Psychotherapy, 67*(4), 323–345.

Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., … Leibing, E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 170*(7), 759–767.

Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., … Leibing, E. (2014). Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 171*(10), 1074–1082.

Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., … Leibing, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 166*(8), 875–881.

Levy, K. N. (2012). Commentary on Beutler et al.'s "common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome". *Journal of Psychotherapy Integration, 22*(3), 282–286.

Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 506–517.

Markowitz, J. C., Meehan, K. B., Petkova, E., Zhao, Y., van Meter, P. E., Neria, Y. … Nazia, Y. (2016). Treatment preferences of psychotherapy patients with chronic PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry, 77*(3), 363–370.

Mcbride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 74*(6), 1041–1054.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy, 5*, 5–22.

Newman, M. G., Castonguay, L. G., Jacobson, N. C., & Moore, G. A. (2015). Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 83*(5), 915–925.

Nguyen, T. T., Bertoni, M., Charvat, M., Gheytanchi, A., & Beutler, L. E. (2007). Systematic treatment selection (STS): A review and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy, 3*(1), 13–29.

Ollendick, T. H. (2014). Advances toward evidence-based practice: Where to from here?. *Behavior Therapy, 45*(1), 51–55.

Parikh, S. V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L. N., Young, L. T., Patelis-Siotis, I., … Streiner, D. L. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) study [CME]. *The Journal of Clinical Psychiatry, 73*(6), 803–810.

Patel, S. R., Galfavy, H., Kimeldorf, M. B., Dixon, L. B., & Simpson, H. B. (2017). Patient preferences and acceptability of evidence-based and novel treatments for

obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Services, 68*(3), 250–257.

Phillips, M. R., Zhang, J. X., Shi, Q. C., Song, Z. Q., Ding, Z. J., Pang, S. T.,… Wang, Z. Q. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in china during 2001–05: An epidemiological survey. *The Lancet, 373*(9680), 2041–2053.

Ponniah, K., Magiati, I., & Hollon, S. D. (2013). An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(2), 207–218.

Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., … Finning, K. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet, 388*(10047), 871–880.

Salzer, S., Winkelbach, C., Leweke, F., Leibing, E., & Leichsenring, F. (2011). Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow-up. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(8), 503–508.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*(9), 752–760.

Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., … Moyer, J. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *The American Journal of Psychiatry, 148*(8), 997–1008.

Steidtmann, D., Manber, R., Arnow, B. A., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., … Kocsis, J. H. (2012). Patient treatment preference as a predictor of response and attrition in treatment for chronic depression. *Depression and Anxiety, 29*(10), 896–905.

Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*, D5652.

Swift, J. K., Callahan, J. L., Ivanovic, M., & Kominiak, N. (2013). Further examination of the psychotherapy preference effect: A meta-regression analysis. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(2), 134–145.

Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research, 16*(1), 106–121.

Tasca, G. A., Ritchie, K., Demidenko, N., Balfour, L., Krysanski, V., Weekes, K., … Bissada, H. (2013). Matching women with binge eating disorder to group treatment based on attachment anxiety: Outcomes and moderating effects. *Psychotherapy Research, 23*(3), 301–314.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 710–720.

Tompkins, K. A., Swift, J. K., Rousmaniere, T. G., & Whipple, J. L. (2017). The relationship between clients' depression etiological beliefs and psychotherapy orientation preferences, expectations, and credibility beliefs. *Psychotherapy, 54*, 201–206.

Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus tau for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders, 175*, 152–167.

Winter, S. E., & Barber, J. P. (2013). Should treatment for depression be based more on patient preference? *Patient Preference & Adherence, 7*, 1047–1057.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: Author.

Yoon, E., & Jepsen, D. A. (2008). Expectations of and attitudes toward counseling: A comparison of Asian international and U. S. graduate students. *International Journal for the Advancement of Counselling, 30*(2), 116–127.

Yrondi, A., Rieu, J., Massip, C., Bongard, V., & Schmitt, L. (2015). Depressed patients' preferences for type of psychotherapy: A preliminary study. *Patient Preference & Adherence, 9*, 1371–1374.

Zane, N., & Ku, H. (2014). Effects of ethnic match, gender match, acculturation, cultural identity, and face concern on self-disclosure in counseling for Asian Americans. *Asian American Journal of Psychology, 5*(1), 66–74.

# Selecting the best treatment: Client-treatment match

ZHOU Shegang[1,2]; ZHANG Xiaoyuan[1]

([1] *Department of Psychology, School of Public Health, Southern Medical University, Guangzhou* 510515, *China*)

([2] *Institute of Education, Henan Normal university, Xinxiang* 453007, *China*)

**Abstract:** Client-treatment match holds the idea that to maximize the effect of psychotherapy, different clients should be matched with different treatments. Influenced by the evidence-based psychotherapy approach, the match between clients and treatments can be determined by the diagnosis of the client, the client profile including demographic, clinical, psychological and culture factors as well as the personal preferences, and the suitability between the style of the treatment and the psychological characteristics of the client. In order to achieve personalized treatment and the best possible effect, future studies may need to further understand the relationship among all the relevant variables of the client, to choose appropriate indicators for treatments comparison, to improve research paradigm, and to closely integrate the research and the clinical practice.

**Key words:** treatment selection; client-treatment match; personalized treatment; psychotherapy